FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

134

Contribution à l'Étude de la Contracture douloureuse du Trapèze

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le 16 Février 1948

par

GAUTHIER ALAIN, FÉLIX, ALBERT

né le 24 Septembre 1918, à Nantes (Loire-Inférieure)

Président de Thèse : Monsieur le professeur MATHIEU.

IMPRIMERIE R. BOUYAC
8, Rue des Orfèvres
FONTENAY-LE-COMTE

1948

Contribution à l'Étude

de la

Contracture douloureuse du Trapèze

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1948

Contribution à l'Étude de la Contracture douloureuse du Trapèze

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

Présentée et soutenue publiquement le 16 Février 1948

par

GAUTHIER ALAIN, FÉLIX, ALBERT

né le 24 Septembre 1918, à Nantes (Loire-Inférieure)

Président de Thèse : Monsieur le professeur MATHIEU.

IMPRIMERIE R. BOUYAC
8, Rue des Orfèvres
FONTENAY-LE-COMTE

1948

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MA FEMME

A MON FILS

A MES PARENTS

Hommage de reconnaissance et de piété filiales.

AUX MIENS ET A MES AMIS

A MES MAITRES DE L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE CATHOLIQUE

de qui nous tenons notre formation intellectuelle et morale.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE NANTES

et plus spécialement à la mémoire des regrettés

Professeurs : J. SEBILLEAU et ARONDEL

Anciens internes des hôpitaux de Paris,

Médecins des hôpitaux de Nantes.

Au Docteur Maurice MOUSSEAU

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Chirurgien des hôpitaux de Nantes,

dont l'enseignement, l'aide et l'amitié nous ont été si précieux à notre retour de captivité.

A MES CAMARADES DE CAPTIVITÉ EN ALLEMAGNE
et plus spécialement au Professeur O. GOSSELIN
Agrégé de l'Université de Liége (Belgique),

qui nous a initié à la gynécologie et à l'obstétrique.

A MES AMIS LES MÉDECINS-CAPITAINES
P. MORISOT et P. MORAS

A MON FIDÈLE COMPAGNON DES MAUVAIS JOURS
le Docteur Marcel BREILLAT

en toute amitié.

A MES AMIS ET CAMARADES D'ETUDE
les Docteurs M. et R. GIET

A M. le Professeur MATHIEU

Professeur de clinique chirurgicale orthopédique,

qui a bien voulu nous faire l'honneur de présider cette thèse.

Sentiments de gratitude et de profond respect.

Au Docteur HUC

Chirurgien de l'hôpital Saint-Joseph, à Paris.

Au Docteur Maurice HOREAU, son élève,

Chirurgien assistant des hôpitaux de Nantes,

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre reconnaissance et de notre vive amitié.

Doyens honoraires :

MM. Balthazard, Baudoin, Roussy.

Professeurs honoraires :

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Bezançon, Brindeau, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, A. Couvelaire, Delbet, Hartmann, Heitz-Boyer, Jeannin, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lenormant, Marion, Mulon, Ombredanne, Roussy, Rouvière, Sannie, Sebileau, Sézary, Tanon.

Doyen : Léon Binet, membre de l'Institut.

Assesseur : Jean Verne.

I. — *Professeurs :*

	MM.
Anatomie	Olivier
Anatomie pathologique	Leroux
Assistance médico-sociale	N...
Bactériologie	Gastinel
Biologie médicale	Verne
Chimie médicale	Polonowski
Clinique de cardiologie	Donzelot
Cliniques chirurgicales	Brocq
	Cadenat
	Mondor
	Quenu
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie	Leveuf

Clinique chirurgicale orthopédique	Mathieu
Clinique gynécologique	Mocquot
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Cougerot
Clinique des maladies des enfants	Debré (R.)
Clinique des maladies infectieuses	Mollaret
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	Delay
Clinique des maladies du système nerveux.	Alajouanine
Clinique médicale propédeutique	P. Valléry-Radot
Cliniques médicales	Bénard (H.) Laroche Harvier Lian
Clinique de neuro-chirurgie	N...
Cliniques obstétricales	Lantuejoul Lévy-Solal Portes
Clinique ophtalmologique	Velter
Clinique oto-rhino-laryngologique	Lemaitre
Clinique thérapeutique chirurgicale	Sénèque
Clinique thérapeutique médicale	Chabrol
Clinique de la tuberculose	Bernard (Et.)
Clinique urologique	Fey
Embryologie	Giroud
Histoire de la médecine et de la chirurgie .	N...
Histologie	Champy
Hydrologie thérapeutique et climatologie ..	Besançon (Justin)
Hygiène et clinique de la première enfance.	Cathala
Hygiène et médecine préventive	Joannon
Médecine du travail	Duvoir

Médecine légale	Piedelièvre
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	Brumpt (E.)
Pathologie chirurgicale	Petit-Dutaillis
Pathologie exotique	Lavier
Pathologie expérimentale et comparée	Lemaire
Pathologie médicale	Moreau
Pathologie et thérapeutique générales	de Gennes
Pharmacologie et matière médicale	Hazard
Physiologie	Binet (Léon)
Problèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	Richet
Puériculture	Lelong
Radiologie médicale	Desgrez (Henri)
Stomatologie	Dechaume
Physique médicale	Strohl
Technique chirurgicale	Moulonguet
Thérapeutique	N...

Professeurs sans chaire :

Dognon (physique médicale), Gaillard (parasitologie), Halben (O.R.L.), Jayle M. (chimie médicale), M^lle^ J. Lévy (pharmacologie), Olivier (anatomie), Desoille (médecine légale).

II. — *Agrégés en exercice :*

	MM.
Anatomie	Cordier
	Delmas
	N... Debeyre
Anatomie pathologique	Delarue
	M^lle^ Gauthier-Villars

Bactériologie	Bonnet
	Fasquelle
	Ettori
Biochimie médicale	Schapira
Dermato-syphiligraphie	Degos
Histologie	Coujard
	Desclaux
	Bullard
Hydrologie	Debray
	Boyer
Hygiène	Deparis
Médecine légale	N...
Neurologie	de Sèze
Obstétrique	Digonnet
	Mayer
	Sureau
	Varangot
Ophtalmologie	Offret
Oto-rhino-laryngologie	Aubin
Parasitologie	Brumpt L. C.
Pathologie chirurgicale	Fèvre
	Hugier
	Léger
	Merle-d'Aubigné
	Padovani
	Patel
	Roux
	Rudler
	Sicard
Pathologie expérimentale	Merklein

Pathologie médicale	Brouet
	Cachera
	Decourt
	Dreyfus (Gilbert)
	Fauvert
	Garcin
	Hamburger
	Kourilsky
	Lamy
	Lenègre
	Marchal
	Mauric
	Soulié
	Laplane
Pédiatrie	Marie (Julien)
Pharmacologie	Cheymol
Physiologie	Bargeton
	Parrot
Physique médicale	Djourno
Psychiatrie	Baruk
Thérapeutique agr. ch. d'ens.	Brouet
Urologie	Couvelaire R.

III. — *Professeurs honoraires et agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens :*

MM. Basset (pathologie chirurgicale), Brindeau (obstétrique), Huguenin (anatomie pathologique), Le Lorier-Vaudescal (obstétrique).

IV. — *Professeurs sans chaire et agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent :*

	MM.
Clinique chirurgicale	Ameline
	Basset
	de Gaudart d'Allaines
	Funck-Brentano
	Gatellier
	Menegaux
Clinique médicale	Bariety
	Boulin
	Chevallier
	Coste
	Hagueneau
	Mouquin
	Turpin
Clinique obstétricale	Ecalle
	Lacomme
Clinique ophtalmologique	Renard
Clinique oto-rhino-laryngologique	Halphen

V. — *Chargés de cours :*

Radiologie : Ledoux-Lebard.

Secrétaire de la Faculté : J. Morel.

Secrétaire adjoint : M. Brissiaud.

Bibliothécaire en chef : Dr A. Hahn.

Bibliothécaires : Mlles Dumaitre, Goichon, Laurent.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

INTRODUCTION

Au cours de nos stages dans les hôpitaux de Nantes et, plus spécialement, à la consultation d'orthopédie du Professeur Robert Bureau, nous avons été frappé de la fréquence avec laquelle les malades se plaignaient d'algies de la région cervico-scapulo-dorsale.

Beaucoup de ces malades avaient épuisé la gamme pourtant variée des thérapeutiques antalgiques sans éprouver le moindre soulagement. Cette défection des traitements nous a paru imputable au fait que ces derniers n'étaient pas étiologiques et que l'on avait trop tendance à baptiser névralgies, arthrites, rhumatismes, des douleurs dont la cause n'était ni nerveuse, ni articulaire, ni diathésique.

A quoi fallait-il donc attribuer ces douleurs dont l'intensité était telle parfois qu'elle arrachait des cris aux malades ?

C'est à Huc et à Van der Horst que revient le mérite d'avoir attiré l'attention les premiers sur l'origine statique d'une affection qu'ils ont décrite dans un article original de 1931 sous le nom de « contracture douloureuse du trapèze ».

La relative facilité du diagnostic, le pronostic généralement bon que cette affection entraîne, la simplicité et l'efficacité habituelles du traitement, les conséquences sociales qui peuvent en découler nous ont paru présenter suffisamment d'intérêt pour en faire le sujet de notre thèse.

Contribution à l'Étude
de la
Contracture douloureuse du Trapèze

RAPPEL ANATOMIQUE

Avant d'en aborder l'étude et pour mieux en comprendre l'étiologie et le mécanisme, nous avons pensé qu'il était utile de donner un rapide rappel anatomique des muscles constituant l'appareil d'extension de la tête, tous ceux-ci étant intéressés dans la contracture et donc dans la douleur, mais le trapèze, « par sa situation et son importance, étant le témoin le plus visible de l'atteinte des muscles extenseurs ».

En équilibre instable sur la colonne vertébrale, la tête n'est vraiment dans sa position normale que grâce à l'intervention des muscles de la région postérieure du cou. Ceux-ci sont fort nombreux et disposés en deux plans : un plan profond et un plan superficiel.

Le premier comprend les muscles de la nuque proprement dits.

Le second, essentiellement : le trapèze directement sous la peau et au-dessous le rhomboïde et l'angulaire.

Les muscles de la nuque proprement dits sont au nombre de huit, savoir :

Le splénius capitis ;

Le grand complexus ;

Le petit complexus ;

Le transversaire du cou ;

Le grand droit et le petit droit postérieurs de la tête ;

Le grand oblique et le petit oblique de la tête.

Il ne va pas dans nos intentions de rappeler ici la description exacte de ces différents muscles. Retenons seulement qu'ils ont des insertions communes, en haut sur les lignes courbes supérieures et inférieures de l'occipital, ainsi que sur l'espace rugueux qui sépare ces dernières ; en bas, sur le ligament cervical postérieur, les apophyses transverses des quatre ou cinq dernières cervicales, les apophyses épineuses de la septième cervicale et des quatre ou cinq premières dorsales, ainsi que sur les ligaments inter-épineux correspondants.

On conçoit donc que ces différents muscles destinés à l'extension de la tête, son inclinaison latérale et sa rotation, se trouvent tendus dans les mouvements de flexion.

Mais, en clinique, ces différents muscles ne sont pas directement accessibles, séparés qu'ils sont de l'observateur par l'épais matelas du trapèze.

Celui-ci, le plus superficiel des muscles de la région postérieure du tronc, est, nous dit Testut, large et triangulaire, occupant en hauteur l'espace compris entre l'occipital et la partie inférieure de la colonne dorsale. Il doit vraisemblablement son nom à sa forme aplatie qui l'a fait comparer à une table.

Il est important de préciser les insertions de ce muscle, puisque nous verrons que les points douloureux sont justement situés au niveau de certaines de ces insertions.

Testut les décrit ainsi :

a) une insertion interne :

1° Sur le tiers interne de la ligne courbe occipitale supérieure ;

2° Sur la protubérance occipitale externe ;

3° Sur le ligament cervical postérieur ;

4° Sur le sommet des apophyses épineuses de la septième cervicale et des dix ou onze premières dorsales, ainsi que sur les ligaments surépineux correspondants.

b) une insertion externe :

1° Pour les faisceaux supérieurs qui se fixent au tiers externe du bord postérieur de la clavicule ;

2° Pour les faisceaux moyens qui s'insèrent sur le bord postérieur de l'acromion et sur le bord postérieur (lèvre supérieure) de l'épine de l'omoplate dans toute son étendue ;

3° Pour les faisceaux inférieurs ramassés sur une aponévrose triangulaire et finalement insérés sur l'épine au voisinage de la petite facette qui termine en dedans cette dernière.

Recouvert par la peau, le trapèze est donc, comme il a été écrit plus haut, directement accessible à l'observateur. Son innervation le rend tributaire à la fois d'une branche externe du spinal et d'un rameau du plexus cervical profond pour la face profonde du muscle ; enfin, de filets issus du grand nerf occipital pour sa face supérieure.

ACTION

Par ses faisceaux supérieurs, le trapèze porte l'épaule en dedans tout en élevant le moignon scapulaire.

Par ses faisceaux moyens, il porte également l'épaule en dedans.

Enfin, par ses faisceaux inférieurs, il porte l'omoplate vers la ligne médiane, mais, en même temps, abaissant l'extrémité interne de l'épine sur laquelle s'insèrent les faisceaux inférieurs, devient élévateur du moignon de l'épaule.

Il est donc facile de comprendre que toute force tendant à abaisser ce moignon aura pour effet d'élonguer les faisceaux musculaires du trapèze, élongation pouvant aller, si l'effort se prolonge, jusqu'à la contracture de ce dernier.

On conçoit donc également que, seule, la tension des muscles de la région postérieure de la tête, et donc du trapèze, peut contribuer à retenir cette dernière dans le mouvement de chute en avant auquel elle se trouve normalement entraînée, comme ceci apparaît dans le sommeil en position assise.

De cette constatation découle l'action véritablement extensible du trapèze, antagoniste de la flexion et source de contracture si, pour des raisons que nous verrons plus loin, l'équilibre étant rompu, la tête ne peut être maintenue en position stable que par un effort soutenu d'un trapèze contracturé.

ETIOLOGIE, MÉCANISME

Ce syndrome de contracture douloureuse du trapèze nous a paru particulièrement fréquent dans certaines professions. Nous le retrouvons chez les modistes, les sténo-dactylographes, les pianistes, les tricoteuses les brodeuses, les mécanographes, les coiffeurs, les cultivateurs, les portefaix, en un mot chez tous les gens chez qui se trouvent réunis ces trois facteurs :

Inclinaison de la tête ;

Elévation des membres supérieurs ;

Effort musculaire concomitant.

On l'a constatée aussi dans les sanatoria, chez les malades faisant leur cure en position demi-assise qui, soit pour la lecture, soit pour l'accomplissement de divers travaux manuels, tiennent la tête constamment en avant.

Mais cette étiologie, que l'on pourrait qualifier de primitive, n'est pas la seule, et il est fréquent de constater des contractures du trapèze secondaires à des déformations rachidiennes (cyphose dorsale accentuée par exemple, la chute du rachis en arrière entraînant par compensation un déjettement constant de la tête en avant).

Ainsi, chez tous ces malades, une chose est constante : le déplacement en avant du centre de gravité de la tête. Celui-ci

se trouve normalement sur une verticale, passant au niveau du tragus en avant du conduit auditif externe ; mais, dans la contracture douloureuse du trapèze, tout se passe comme si le centre de gravité était déporté en avant du tragus et exigeait un travail beaucoup plus important des muscles luttant contre ce déplacement.

ETUDE CLINIQUE

1° Observations

La façon dont se présentent les malades, l'histoire qu'ils racontent est toujours à peu près la même. Parmi les nombreuses observations que nous avons recueillies, nous citerons seulement celles-ci qui nous ont paru particulièrement caractéristiques :

Observation I

M^lle Y. D..., 24 ans, dactylographe, vient consulter parce que, depuis deux mois, elle souffre atrocement dans la nuque. La douleur irradie vers les épaules et elle est si vive qu'il lui semble que le « dos lui ouvre ». La douleur est maxima le soir, à la sortie du bureau.

L'interrogatoire nous apprend que M^lle Y. D... a beaucoup maigri depuis quelques mois. Obligée de faire des heures supplémentaires, elle accomplit seule le travail normal de deux employées.

L'examen général est négatif et nous sommes seulement frappés par la longueur du cou de cette jeune fille déjà très grande et mince. De plus, la malade se tient légèrement voûtée dans une attitude semi-rigide. L'ayant fait déshabiller et lui demandant de se pencher légèrement en avant, on voit nettement chez elle, à jour frisant, saillir les chefs inférieurs contracturés de son trapèze. La palpation de

ces derniers réveille une vive douleur ainsi qu'à la nuque et à la partie postéro-externe de la clavicule.

Nous avons beaucoup de peine à convaincre cette malade qu'elle n'est pas atteinte d'un mal de Pott, mais que les troubles qu'elle ressent sont sous l'étroite dépendance d'une défaillance de son tonus musculaire due vraisemblablement au surmenage, défaillance associée sans aucun doute à un cou particulièrement long.

Nos prescrivons à cette malade le repos au lit, allongée, la tête à peine soulevée par un mince coussin et, au bout de trois jours, il nous est possible de constater la disparition totale de la douleur et de la contracture.

Observation II

M. O. P..., 36 ans, cultivateur, auprès duquel nous sommes appelés, est un sujet robuste mesurant environ 1 m. 70 et pesant environ 80 kilos ; santé parfaite jusqu'à ce jour. Le malade se plaint de douleurs intolérables dans la nuque, dans toute la ceinture scapulaire et le long des espaces interscapulo-vertébraux.

L'interrogatoire nous apprend que depuis six heures du matin, le malade a travaillé au moulin à charger des balles de farine sur des camions. Nous nous faisons expliquer ce en quoi a consisté son travail. Debout sur l'arrière du camion, il a saisi les balles amenées sur un quai d'embarquement sis en contrebas par rapport au camion et les a arrachées de terre pour les entasser dans les voitures. Au bout de cinq heures de travail, il a commencé à ressentir des douleurs dans le dos et, à la fin de la journée, il a eu l'impression, en cessant son travail, d'être paralysé. En effet, nous le trouvons assis dans son lit, le visage crispé et paraissant figé dans une attitude de grande raideur, le menton pointant en avant. Il est incapable de baisser la tête, et quand nous lui parlons, il ne peut exécuter des mouvements de rotation de celle-ci dans notre direction.

L'examen clinique est symptomatique de l'affection. Les chefs claviculaires de son trapèze sont encore plus sculptés que dans l'observation précédente. La douleur est maxima à la palpation, à l'insertion occipitale dans sa portion interne, ainsi qu'au voisinage de l'angle supéro-interne de l'omoplate. Nous faisons allonger le malade non sans difficulté tellement il redoute une exacerbation de sa douleur, et nous constatons immédiatement qu'il se trouve un peu soulagé. Cependant, il demeure encore dans un état de tétanisation partielle et il faudra attendre une demi-heure pour que la contracture commence à disparaître et, avec elle, la douleur.

Observation III

H. B..., 15 ans, apprenti maçon, petit et malingre, passe sa journée à aller puiser de l'eau et la transporte dans deux seaux à bout de bras sans discontinuer du matin au soir. Il vient consulter un samedi matin, se plaignant d'avoir les épaules arrachées. En réalité, il présente lui aussi une contracture douloureuse du trapèze, ce dont nous nous convainquons sans difficulté étant donné la gracilité de son squelette et l'effort continuel à lui demandé.

D'ailleurs, mieux encore que dans les deux observations précédentes, nous retouvons cette contracture apparente et palpable — palpation qui rend la douleur insupportable, surtout au niveau de l'épine de l'omoplate et sur toute la longueur de cette dernière.

Mettant notre poing fermé sous le menton du malade, nous lui demandons de laisser reposer le poids de sa tête et, en même temps, nous lui faisons rejeter les épaules en arrière. Il ressent aussitôt un soulagement, une détente à sa douleur et, l'ayant appareillé avec des moyens de fortune (jersey à plâtre dans lequel nous roulons du coton hydrophile et que nous fixons sous son menton en nouant derrière les deux chefs du jersey), nous renvoyons chez lui le jeune malade qui, trois jours après, revient complètement guéri.

Observation IV (Dr Horeau)

Il s'agit d'un prisonnier de guerre français vu à son retour d'Allemagne, à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye, où il était envoyé avec le motif de réforme « Pott cervical ».

Ce prisonnier de guerre travaillait dans une usine où l'on fabriquait des canons et il était chargé de rayer les tubes de ces derniers. Pour ce faire, il était obligé, à longueur de journée, de regarder par l'embouchure des pièces, faisant effectuer à sa tête des mouvements répétés et soutenus de flexion, inclinaison latérale de la tête sur l'épaule et rotation du côté opposé, contractant ainsi au maximum son trapèze du côté opposé à l'inclinaison de la tête. Cette occupation avait ainsi déterminé à la longue chez ce prisonnier une contracture douloureuse devenue à ce point importante qu'elle avait communiqué à l'attitude du malade une fixité qui avait donné le change et permis de porter un diagnostic de Pott cervical. Ce prisonnier a guéri en quinze jours après avoir été appareillé (minerve soutenant la tête et permettant le relâchement progressif des chefs trapéziens contracturés).

Observation V

M. P. M..., 40 ans, mécanicien-dentiste, a fait un Pott à 20 ans. Il conserve une cyphose cervico-dorsale de petit rayon importante. Son travail le maintient constamment dans une position de la tête qui est celle même à laquelle le contraint son infirmité. Pour lutter contre la rupture d'équilibre de sa tête, il doit constamment contracter ses muscles extenseurs céphaliques et il présente une importante contracture du trapèze dont le diagnostic repose sur les mêmes éléments, mais dont le traitement ne donne pas entièrement satisfaction, l'attitude vicieuse déterminant la contracture subsistant indéfiniment. Seule, une mise au repos de longue durée réussit à vaincre partiellement la contracture.

2° Symptomatologie

La lecture des obervations précédentes nous permet de préciser les points essentiels de la symptomatologie de cette affection.

La douleur : Elle est constante. C'est elle qui amène le malade à consulter.

Son siège : Localisée par le malade d'une manière un peu vague : la région de la nuque à la partie supérieure des épaules et à l'espace inter-scapulo-vertébral ; il est précisé par le médecin qui réveille la douleur le long de l'insertion occipitale du trapèze au niveau de l'apophyse épineuse de la septième cervicale, des première et deuxième dorsales et des huitième, neuvième et dixième dorsales.

Ses irradiations : Elles sont variables selon les chefs particulièrement atteints, se dirigeant de haut en bas, de dedans en dehors pour les chefs supérieurs et moyens ; de bas en haut et de dedans en dehors pour les chefs inférieurs. Il existe également des irradiations sous-mammaires, irradiations dues à une douleur du grand dentelé.

Ses caractères : Elle est augmentée par le travail continu, le port de charges lourdes, à un point tel que certains malades ne peuvent soulever une valise et que l'on a vu certaines femmes incapables de supporter le poids d'un manteau de fourrure, certains hommes celui d'un pardessus.

Elle est calmée par le repos et par tout ce qui fait cesser la mise sous tension des muscles. La plupart des malades constatent d'eux-mêmes qu'ils sont soulagés lorsqu'ils couchent sans traversin, leur nuque étant simplement soulevée par un coussin plat. La plupart d'entre eux exécutent souvent, et

même machinalement, des mouvements qui les soulagent. C'est ainsi qu'ils élèvent les épaules et renversent la tête en arrière. Certains enfin éprouvent un bien-être particulier en rejetant les bras en arrière par dessus le dossier de leur chaise.

La contracture : Elle est visible. On la remarque surtout sur les faisceaux inférieurs du muscle. Pour la déceler, il suffit de faire incliner légèrement le tronc du malade en lui demandant de laisser pendre les bras de façon à écarter les omoplates de l'axe du rachis. On voit alors à jour frisant se dessiner sous la peau une saillie oblique de bas en haut et de dedans en dehors correspondant au bord inféro-externe du muscle.

Elle est palpable.

La pulpe des doigts perçoit en effet à ce niveau une corde qu'ils peuvent faire rouler, la contracture et la douleur augmentant encore plus à l'occasion de cette palpation. C'est la palpation des chefs supérieurs du trapèze qui permet le mieux d'apprécier cette contracture. Cette manœuvre est très douloureuse et fait exécuter immédiatement au malade des mouvements d'extension de la tête et d'élévation des épaules.

La symptomatologie se résume en ces deux signes. Le reste de l'examen est négatif — pas de troubles vasculaires, neurologiques, moteurs, articulaires, pas de limitation des mouvements ; seules, la flexion et l'inclinaison latérales de la tête sont douloureuses. Parfois, la contracture prédomine d'un côté. L'inclinaison de la tête est alors plus douloureuse du côté opposé.

DIAGNOSTIC

Il semble donc bien qu'en présence d'un tableau tel que celui que nous venons de décrire, le doute ne soit pas permis et que le diagnostic s'impose. Cependant, douleur et contracture peuvent n'être que des signes faisant partie d'un ensemble de symptômes et ne pas constituer à eux seuls le syndrome.

Il ne faudrait donc pas porter à la légère un diagnostic de contracture du trapèze sans s'être assuré qu'il ne s'agit d'affections beaucoup plus sérieuses, affections pour lesquelles le diagnostic peut hésiter et parmi lesquelles nous citerons, par ordre d'importance et de fréquence :

1° *Le mal de Pott sous-occipital ou cervical.*

Sans doute, le trapèze est-il contracturé et même douloureux, mais cette contracture et cette douleur traduisent la lésion discale ou vertébrale sous-jacente.

Le plus souvent, il s'agit d'un enfant ou d'un adolescent. Rien dans l'interrogatoire ne révèle de facteurs déterminant d'une éventuelle contracture du trapèze. La nuque est tuméfiée, empâtée, souvent chaude et douloureuse. On remarque le plus souvent une adénopathie cervicale ou pharyngée. L'attitude est guindée et surtout le rachis absolument immobile. Une radiographie de face et de profil montrera soit une diminution de hauteur du disque inter-vertébral surtout accentuée

dans sa partie antérieure (vue de profil). Il semble alors qu'il y ait un pincement du disque avec rapprochement des parties antérieures des corps vertébraux — écartement des arcs postérieurs — tassement des pédicules latéraux. Plus tard, on sera frappé par l'écrasement du corps vertébral. Le diagnostic s'imposera.

2° *Une arthrite aiguë cervicale.*

Là aussi, on peut trouver un trapèze contracturé. Mais les phénomènes généraux : la fièvre, l'asthénie, l'anorexie, mettront sur la voie du diagnostic. L'efficacité du traitement salicylé signera l'arthrite rhumatismale. Les anamnestiques aideront à rapporter à une gonococcie ou une dothiénentérie les phénomènes inflammatoires localisés à une articulation inter-vertébrale.

3° *Les adénites sous-trapéziennes.*

Bien que plus rares, il importe de les bien connaître, car elles se présentent avec une symptomatologie trompeuse. Elles atteignent les ganglions de la chaîne marginale, restant ainsi sur le bord antérieur du trapèze ou, au contraire, ceux de la chaîne profonde dans la région inter-angulo-trapézienne, en plein sous le corps du muscle.

L'inflammation de la chaîne marginale survient le plus souvent concomitamment avec une affection naso-pharyngée. Elle forme une sorte de bourrelet visible et palpable épaississant le bord musculaire sur une hauteur de trois à quatre centimètres. Il ne faudrait pas prendre ce bourrelet pour la corde contracturée d'un chef du trapèze. D'ailleurs, l'attitude du malade n'est pas la même. Elle rappelle celle du torticolis trapézien — tête en arrière et latéralement du côté malade.

L'inflammation de la chaîne profonde est plus rare. Elle simule à s'y méprendre, par la douleur et l'empâtement profonds qu'elle provoque, des lésions vertébrales ou para-vertébrales. Mais, là aussi, l'affection rhino-pharyngée, l'interrogatoire, l'absence de soulagement en position couchée, la fièvre, permettront de faire le diagnostic.

Lorsque seul subsiste, au moment de l'examen, l'élément douleur (toujours associé cependant à une légère contracture résiduelle), on peut hésiter avec une névralgie occipitale ou cervico-brachiale.

4° *Névralgie cervico-brachiale.*

Celle-ci est caractérisée par des douleurs souvent très intenses prenant leur point de départ dans les muscles du cou pour s'étendre ensuite à l'épaule, à la région deltoïdienne, aux bras, atteignant parfois l'avant-bras et les doigts. Ces névralgies sont peu accentuées par les mouvements de l'épaule. Par contre, les mouvements provoquant une élongation du plexus brachial les exagèrent : rotation forcée de la tête vers l'épaule homo-latérale ou inclinaison vers l'épaule saine — traction verticale exercée sur le bras. La pression des apophyses transverses de C5 à D1 — celle du creux sus-claviculaire en avant du trapèze (point d'Erb) provoquent une vive douleur.

Pour être complet, nous citerons les diagnostics différentiels avec une radiculite, un torticolis congénital, une ossification de l'angulaire, une côte cervicale. Mais ces diagnostics, sans être toujours des raretés, comportent des éléments associés (troubles neurologiques, hypo- ou hyper-esthésies, troubles trophiques, troubles moteurs, tous facteurs que l'on ne retrouve pas dans la simple contracture du trapèze.

TRAITEMENT

Le traitement doit être préventif. L'affection déclarée, il doit être curatif.

Préventif : En ce sens qu'on devra éviter au maximum toutes causes tendant à faire naître cette contracture du trapèze.

Il est évident que si cette cause provient d'une attitude vicieuse, le premier remède à porter sera la correction de la dite attitude. Si, au contraire, la contracture du trapèze relève d'une cause professionnelle, les conditions mêmes du travail devront être modifiées.

Nous n'en voulons pour exemple que celui de la dactylographe dont l'attitude de travail engendre avec une particulière fréquence ce syndrome.

Assise sur un siège le plus souvent inconfortable, ayant devant elle une machine à écrire trop haut placée, elle doit à la fois élever constamment les bras pour frapper les lettres du clavier et incliner latéralement sa tête pour suivre du regard le texte qu'elle doit reproduire, texte habituellement déposé à gauche de la machine, à plat et en contrebas de cette dernière. Cet ensemble de mouvements aboutit inévitablement, surtout si le travail est de longue durée, à une contracture du trapèze.

La médecine du travail pourrait trouver là une occasion d'exercer son action. Nous pensons en effet que la position de travail optima de la dactylograhe doit être la suivante : dactyló dominant sa machine de sorte que les bras tombent d'eux-mêmes le long du corps sans effort musculaire, les avant-bras seuls devant être soutenus.

Elle ne s'assied plus sur un tabouret inconfortable et sans dossier, mais sur une chaise rembourrée et munie d'un dossier contre lequel elle peut s'appuyer. Enfin, le texte à recopier est placé devant les yeux sur un pupitre au-dessus de la machine.

De même, il serait souhaitable que dans les sanatoria où les malades ont coutume de faire d'assez longues lectures ou des travaux manuels, ces derniers soient effectués dans une attitude de relâchement musculaire. S'ils sont en position demi-assise, le dos et la tête seront soutenus par des oreillers et, pour la lecture, on usera avec bénéfice de pupitres n'obligeant plus le malade à tenir son livre à la main. Les lunettes à prismes rendent de grands services aux malades devant rester allongés.

Mais, le plus souvent, nous sommes appelés à soulager des contractures du trapèze nettement individualisées. Pour ce faire, on dispose de différents moyens, tous fondés sur le même principe : *soulager les muscles extenseurs du cou de l'effort constant qu'ils fournissent en position assise ou debout.* Pour calmer une douleur et une contracture particulièrement intenses, on prescrira :

Le repos au lit en décubitus dorsal, la tête seulement soulevée par un mince coussin. Généralement, en peu de jours, on verra céder les phénomènes douloureux en même temps que les doigts percevront le relâchement musculaire.

Mais il est parfois difficile de maintenir au lit des sujets qui désirent, par ailleurs, continuer une vie active. On sera alors dans l'obligation de recourir à divers appareils qui soutiendront mécaniquement la tête.

Le plus simple d'entre eux est le collier ouaté préconisé par Huc et Van der Horst : un morceau de jersey entoure le cou, remontant en haut sur le menton en avant et, en arrière, sur l'occipital, débordant en bas sur le sommet du thorax. On dispose alors circulairement sur ce jersey une couche assez épaisse de coton cardé sur lequel on rabat les bords supérieurs et inférieurs du jersey. Ce collier est rendu rigide par l'adjonction soit d'une bande de tarlatane gommée, soit d'une bande de type Cellona.

On peut couper ce collier à la partie postérieure ; il devient alors amovible, pouvant être enlevé par le malade pour la nuit.

Un tel collier peut être réalisé plus simplement encore en introduisant une boule de coton de la grosseur du poing dans un bas et en nouant les deux extrémités de ce bas derrière la nuque.

Si cette thérapeutique reste sans succès, on pourra avoir recours, dans certains cas rebelles, à la confection d'un appareil du type « Minerve ».

Tout récemment, on a proposé un traitement électro-thérapique.

CONCLUSIONS

Aux termes de cette étude de la contracture douloureuse du trapèze, il ressort :

1° que l'affection est relativement fréquente ;

2° qu'elle frappe surtout certaines professions : modistes, dactylographes, coiffeuses, portefaix, etc... ;

3° qu'elle reconnaît pour mécanisme essentiellement un déplacement en avant du centre de gravité de la tête. Que ce déplacement en avant peut être primitif et en rapport direct avec la profession, source constante d'une attitude vicieuse. Qu'il peut être, au contraire, secondaire à une déformation du rachis (cyphose dorsale ou cervico-dorsale) ;

4° ce syndrome de contracture douloureuse est, comme son nom l'indique, caractérisé avant tout par :

La douleur : intense, constante, accrue par la palpation des chefs trapéziens, par les mouvements produisant une élongation des faisceaux musculaires, calmée par le repos allongé et par les mouvements tendant à relâcher ces mêmes faisceaux ;

La contracture : à la fois visible et palpable des différents chefs du trapèze ;

5° malgré la relative simplicité du diagnostic, il importe de ne pas confondre la contracture du trapèze avec :

un mal de Pott sous-occipital ou cervical ;

une arthrite aiguë cervicale, rhumatismale gonococcique ou éberthienne ;

une adénite sous-trapézienne ;

une névralgie occipitale ou cervico-brachiale ;

une radiculite, un torticolis postérieur, une ossification anormale de l'angulaire ;

une côte cervicale ;

6° son traitement doit être avant tout préventif, visant à corriger l'attitude vicieuse anatomique ou à modifier des conditions défectueuses de travail génératrices de la contracture.

S'il ne peut être préventif, il sera curatif, reposant avant tout sur l'idée directrice qui vise à soulager les muscles extenseurs de la tête contracturés.

Ce résultat est obtenu par :

a) le repos au lit en décubitus dorsal ;

b) les différents colliers de soutien ;

c) les « Minerves » dans les cas graves et rebelles ;

d) enfin, récemment, dans le Service central de Radiologie de la Pitié (Dr Thoyer-Rozat), on a eu l'idée de traiter les malades atteints de contractures musculaires douloureuses par des séances d'ionisation au chlorhydrate d'histamine associées à un traitement par infra-rouges. Pratiquement, au bout de

six à dix séances, la guérison doit être obtenue. Il est inutile de prolonger au delà le traitement si l'amorce d'une amélioration ne s'est pas déclarée.

Les résultats de cette dernière thérapeutique ont été généralement excellents.

Vu et permis d'imprimer :

Pour le Recteur de l'Académie de Paris,

Le Vice-Président du Conseil de l'Université de Paris,

Signé : **Illisible**

Vu :

Le Doyen,

Léon BINET

Vu :

Le Président de la Thèse,

MATHIEU.